

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 — N° 68

**ÉTUDE DE 14 OBSERVATIONS
D'HÉMORRAGIES SECONDAIRES
TARDIVES DU POST-PARTUM**

**Travail de la Maternité
de la Charité, Dr TRILLAT**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

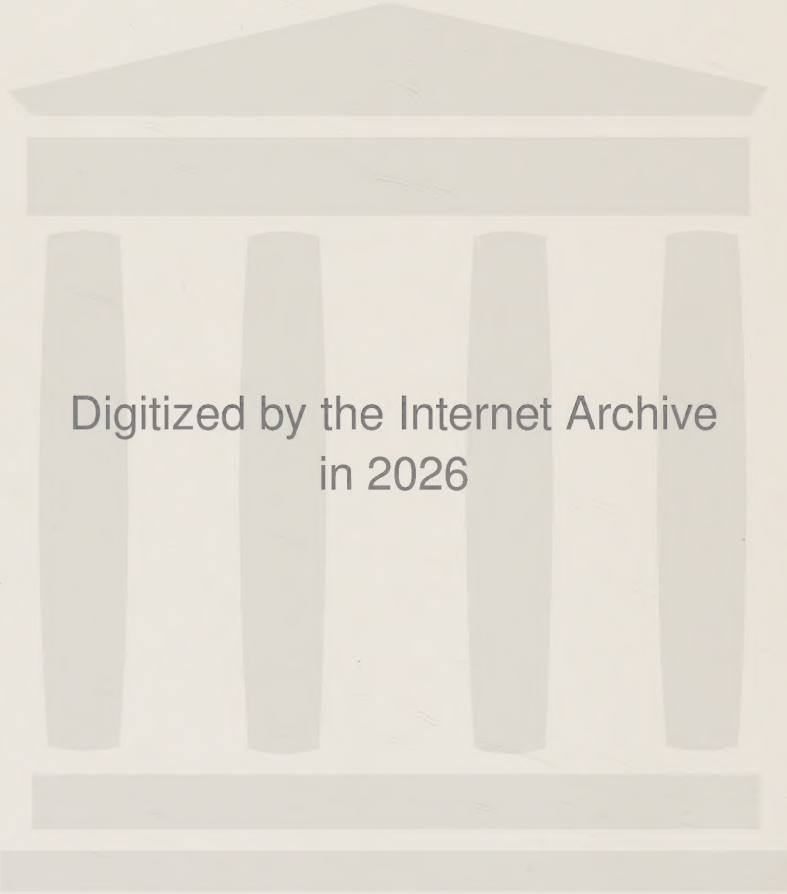
MARCEL CHAPUIS

NÉ LE 25 AVRIL 1904, A LA CHAPELLE-DU-BARD

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux de Grenoble

GRENOBLE
IMPRIMERIE NOUVELLE
7, Rue Aristide-Bergès, 7

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**ÉTUDE DE 14 OBSERVATIONS D'HÉMORRAGIES
SECONDAIRES TARDIVES DU POST-PARTUM**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929-1930 — N° 68

**ÉTUDE DE 14 OBSERVATIONS
D'HÉMORRAGIES SECONDAIRES
TARDIVES DU POST-PARTUM**

Travail de la Maternité
de la Charité, D^r TRILLAT

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Décembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL CHAPUIS

NÉ LE 25 AVRIL 1904, A LA CHAPELLE-DU-BARD

Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux de Grenoble

GRENOBLE
IMPRIMERIE NOUVELLE
7, Rue Aristide-Bergès, 7

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	} MM. PIC
Cliniques chirurgicales	
Clinique obstétricale et Accouchements	} TIXIER
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	} BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	
Clinique des maladies des enfants	} VORON
Clinique des maladies des femmes	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	} ROLLET
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	} NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique et médicale	} LEPINE (J.)
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	} MOURIQUAND
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	
Anatomie	} VILLARD
Histologie	
Physiologie	} COLLET
Pathologie interne	
Pathologie et Thérapeutiques générales	} ROCHET
Anatomie pathologique	
Chirurgie opératoire	} NOVE-JOSSERAND
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	
Médecine légale	} CLUZET
Hygiène	
Thérapeutique	} HUGOUNENQ
Pharmacie	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	} MOREL
	} BRETN
	} GUIART
	} LATARJET
	} POLICARD
	} DOYON
	} FROMENT
	} CADE
	} FAVRE
	} PATEL
	} ARLOING (F)
	} Etienne MARTIN
	} COURMONT (P.)
	} SAVY
	} LEULIER
	} PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	
Chirurgie expérimentale	RHEINTER
Applications du radium	
Stomatologie	TAVERNIER
	NOGIER
	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	SANTY	DUFOUT	GATE
TRILLAT	DUNET	DEVIC	BERNHEIM
SARVONAT	CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME
FLORENCE (G.)	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	POLLOSSON
ROCHAIX	NOEL	MARTIN (Joseph)	
RHEINTER	CHEVALIER	ROCHET (Ph.)	
MAZEL	DUMAS	WERTHEIMER	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *Président*; TRILLAT, *Assesseur*.
MM. RHEINTER et WERTHEIMER, *Agrégés*.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

In memoriam.

A MA MERE CHERIE

En témoignage de mon infinie reconnaissance pour tout ce qu'elle a fait pour moi et de ma profonde tendresse.

A MON FRERE

A MON ONCLE

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

*Professeur de Clinique Obstétricale
et Gynécologique
de la Faculté de Médecine de Lyon.*

Nous lui sommes reconnaissant du
grand honneur qu'il nous a fait en ac-
ceptant de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRILLAT

*Accoucheur en chef
de la Maternité de la Charité.*

Il nous a inspiré le sujet de ce travail
et nous a guidé pas à pas avec une
bienveillance dont nous tenons à le
remercier encore.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE GRENOBLE

Externat Octobre 1924

Semestre hiver 1924-25	M. le D ^r DÉTOURBET.
— été 1925	M. le D ^r PORTE.
— hiver 1925-26	M. le D ^r SIGAUD.
— hiver 1925-26	M. le D ^r DALBAN.
— été 1926	M. le D ^r AMABERT.
— été 1926	M. le D ^r PEYRIN.

Internat provisoire Octobre 1926

Semestre hiver 1926-27	MM. les DOCTEURS de la Polyclinique.
— été 1927	M. le D ^r SALVA.
— été 1927	M. le D ^r MARTIN-SISTERON.

Internat Octobre 1927

Semestre hiver 1927-28	M. le D ^r PEYRIN.
— été 1928	M. le D ^r SIGAUD.
— hiver 1928-29	M. le D ^r MARTIN.
— été 1929	M. le D ^r BONNIOT.

INTRODUCTION

Nous venons d'entrer depuis la communication de COUVELAIRE (en 1926) à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie* intitulée « Forme métrorrhagique de la fièvre Puerpérale dans une période nouvelle où la question des hémorragies secondaires *du Post-Partum* présentent un regain d'intérêt.

Il était habituel jusqu'à ces dernières années, dans une période que nous qualifierons de Classique, d'attribuer les hémorragies qui surviennent dans les suites de couches à des Rétentions Placentaires plus ou moins importantes. Les auteurs de cette époque font à peine allusion à des hémorragies en rapport avec un certain degré d'infection utérine.

M. le Professeur COUVELAIRE a décrit, sous le nom de : « Forme Métrorrhagique de l'Infection Puerpérale », une variété d'hémorragie secondaire sans rétention placentaire caractérisée par l'association d'une hémorragie plus ou

moins abondante ou tardive à un syndrome infectieux de gravité variable.

Nous nous attacherons dans ce travail tout en étudiant les hémorragies secondaires liées à une rétention, que nous avons observées dans le service, à montrer l'importance des formes « du type *Couvelaire* » et nous insisterons surtout sur celles-ci en essayant, dans la mesure du possible, de les superposer aux hémorragies par rétention.

DÉFINITION

Nous croyons utile en abordant notre sujet d'en définir très exactement le cadre ainsi que de préciser certains points essentiels à la clarté de notre étude.

Il convient tout d'abord de définir nettement ces hémorragies puisque dans les suites de couches il se produit un suintement sanglant « les lochies » qui constitue un phénomène physiologique normal. Nous verrons par la suite une observation d'hémorragie secondaire légère, au onzième jour, avec apyrexie complète des suites de couches, hémorragie qui cède définitivement à une seule injection vaginale chaude. En somme, voici un cas limite qui ressemble à des lochies abondantes.

Il serait arbitraire, d'autre part, de vouloir fixer pour la perte sanguine observée un poids limite sujet à des variations individuelles nombreuses. C'est la notion du *déséquilibre* soudain survenant chez une accouchée qui présente des lochies normales, ou qui le paraissent, qui fera dire hémorragie.

A quel moment est-ce une hémorragie secondaire ? Les classiques admettaient deux sortes d'hémorragies :

- a) Les hémorragies primitives $\left\{ \begin{array}{l} \text{soit immédiates,} \\ \text{soit tardives (quel-} \\ \text{ques heures après la} \\ \text{sortie du délivré).} \end{array} \right.$
- b) Les hémorragies secondaires $\left\{ \begin{array}{l} \text{soit précoces,} \\ \text{soit tardives.} \end{array} \right.$

Nous ne ferons pas rentrer dans les hémorragies secondaires celles qui apparaissent tardivement dans le cours d'une délivrance, c'est-à-dire quelques heures après la sortie du Placenta : ces hémorragies font partie des hémorragies de la délivrance. Ce sont des hémorragies dites « Primitives Tardives ».

Nous adopterons donc la classification suivante des hémorragies du Post-Partum :

Les hémorragies puerpérales sont de deux sortes :

- a) Hémorragies de la délivrance $\left\{ \begin{array}{l} \text{soit immédiates,} \\ \text{soit tardives.} \end{array} \right.$
 - b) Hémorragies du Post-Partum dites hémorragies secondaires qui peuvent apparaître à des dates variables.
-

HISTORIQUE

Il semble que les hémorragies secondaires des suites de couches n'ont été décrites qu'au cours du siècle dernier. Si l'on parcourt les auteurs (SMELLIE, VELPEAU, CAZEAUX) on trouve des faits assez nombreux qui ont trait à des hémorragies du Post-Partum. Ces auteurs attribuent les hémorragies des suites de couches le plus souvent à une rétention placentaire partielle, mais par contre aucune différenciation nette n'est faite entre les hémorragies primitives et les hémorragies secondaires.

En somme, la rétention placentaire est la cause presque uniquement reconnue des hémorragies secondaires du Post-Partum ; cependant, VELPEAU et VIRCHOW signalent et décrivent « des coagulations sanguines se déposant au niveau de l'insertion placentaire sur les thromboses qui normalement oblitèrent les sinus utérins ».

Ces coagulations furent trouvées uniquement constituées de sang, et ne présentant pas de tissu placentaire,

d'où le nom de « polypes fibrineux » qui leur fut donné. On peut se demander si ces hémorragies n'étaient pas dues plutôt à une infection locale utérine.

C'est en 1840 que KERMAUNER et ROBERTSON ébauchent la première étude de ces hémorragies.

En 1880, la première classification des différentes hémorragies des suites de couches est faite dans la thèse de PELAPRAT.

Nous ne citerons que les causes locales :

a) La rétention de portions de placenta ou de membranes qui paraît une des causes des plus communes de l'hémorragie puerpérale secondaire ;

b) L'inflammation favorisée par la régénération de la muqueuse utérine en état de moindre résistance. L'hémorragie qui est le signe le plus fréquent, sinon constant, des inflammations de l'utérus ou des organes annexes apparaît donc d'autant plus souvent dans les suites de couches.

Plus tard, en 1889, F.-A. KEHRER montre que la pratique d'une technique de délivrance est d'une asepsie meilleure a abaissé le nombre des hémorragies du Post-Partum. D'ailleurs, l'importance de l'infection dans la genèse de ces hémorragies n'était pas passée inaperçue, et BUDIN (in TARNIER et BUDIN) signalent des cas où le suintement sanglant des premiers jours du Post-Partum continue pendant 2 à 3 semaines chez des femmes dont les suites de couches ont été subfébriles. Dans ces cas-là il existe des signes locaux constitués par : un utérus gros, mou, quelquefois douloureux.

BUDIN disait : « C'est un utérus à nettoyer ».

Quant à COMMANDEUR (in BAR et BRINDEAU) il ne fait qu'une petite place aux hémorragies secondaires tardives en signalant qu'elles font suite d'ordinaire à des rétentions placentaires partielles.

Cependant, les hémorragies de ce type restent rarement latentes plus de 8 à 10 jours. Celles qui apparaissent au delà du quinzième jour sont le plus souvent dues à une inflammation utérine, « à une endométrite puerpérale d'origine infectieuse ».

Dans ces cas-là, les signes locaux existent toujours utérus gros, mou, en subinvolution.

En somme, il est curieux de constater que jusqu'à ces derniers temps les auteurs classiques paraissent non pas ignorer les hémorragies d'origine infectieuse, mais les traiter comme des accidents très rares et pratiquement inexistants.

Pour eux, les hémorragies secondaires du Post-Partum sont dues à des rétentions partielles du placenta.

C'est avec COUVELAIRE, à la suite d'une communication à la Société d'*Obstétrique* et de *Génycologie*, en 1926, qu'on commence à attribuer une véritable importance aux hémorragies secondaires sans rétention placentaire.

La thèse de DIGONNET, en 1928, inspirée par COUVELAIRE, marque la consécration de cette période en marge du classicisme.

Il étudie les 2 types d'hémorragies et dans un tableau d'ensemble les oppose. Il montre que les hémorragies par rétention placentaire partielle sont beaucoup plus

graves que les autres, mais que leur proportion par rapport au total de ces hémorragies est de 1 à 2. Il fait remarquer, d'autre part, que le diagnostic sans exploration intra-utérine est presque toujours impossible.

Quant au traitement, il pose des problèmes thérapeutiques délicats, mais un point essentiel en ressort déjà, c'est que le curage dans les hémorragies par infection est une mauvaise intervention qui donne un coup de fouet à cette infection en détruisant les barrières locales et, de ce fait, provoquant l'apparition d'une Septicémie.

Vers la même époque, l'Ecole Lyonnaise avec M. le Professeur Voron, s'occupe activement de la question et de nombreuses publications viennent peu à peu renforcer les idées nouvelles émises sur ce sujet.

PLAN GÉNÉRAL

Nous avons pensé que l'étude Clinique précise des hémorragies secondaires du Post-Partum était chose mal aisée à mettre au point en raison :

1° Du peu d'observations dont nous disposons jusqu'à ce jour ;

2° Du petit nombre des travaux parus à ce jour sur ce sujet et qui montrent que la question est encore loin d'être entièrement résolue sur de nombreux points.

Nous nous contenterons de présenter 14 observations complètes d'hémorragies secondaires observées à la Maternité de la Charité pendant les années 1927, 1928, 1929 jusqu'au mois d'août.

C'est pourquoi, rompant avec la présentation classique d'une thèse, nous placerons ces observations au début de cet exposé, puisque notre but est de les présenter, de les discuter et de tirer les conclusions qui s'imposent en présence de ces 14 cas.

Nous nous efforcerons aussi de résoudre les points suivants :

1° Etant donné un grand service de maternité, quelle est la proportion des hémorragies secondaires du Post-Partum par rapport à la totalité des accouchements ? ;

2° Y a-t-il des facteurs étiologiques bien déterminés qui semblent jouer un rôle vis-à-vis de leur production ? ;

3° Le mécanisme de l'accouchement ou de la délivrance peut-il être incriminé ? ;

4° Qu'elle est l'allure clinique de ces hémorragies et peut-on individualiser des types différents de diagnostic net ? ;

5° Quelles sont les interventions à pratiquer dans chaque cas, leurs indications respectives et les résultats ? ;

6° Conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

OBSERVATION I

ANNEE 1927 — N° 560

Madame C... : 19 ans

PARITÉ : I pare.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Grossesse assez bien supportée malgré :

Albuminurie, disque,

Bacillose pulmonaire (sommet) d'ailleurs non
évolutive à l'entrée.

ACCOUCHEMENT :

Spontané à 8 mois 1/2.

Présentation : sommet O. I. G. A.

DELIVRANCE : normale.

ANNEXES FŒTALES :

Poids : 400 grammes.

Aspect : paraît normal.

SUITES DE COUCHES :

Subfébriles jusqu'au 6^{me} jour.

Hémorragie légère au 6^{me} jour ; les signes locaux sont
constituées par un utérus un peu gros.

TRAITEMENT : quinine.

SUITES D'HEMORRAGIE : subfébriles dans l'ensemble.

Infection légère.

Expulsion de lambeaux de Chorion.

Cessation définitive de l'hémorragie.

CUÉRISON.

OBSERVATION II

ANNEE 1927 — N° 1199.

Madame P... Berthe : 23 ans.

PARITÉ : II pare.

1 accouchement prématuré à 7 mois et enfant vivant.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Grossesse bien supportée.

ACCOUCHEMENT :

Normal.

Spontané à terme hors du service.

DELIVRANCE : normale.

ANNEXES : ont paru normales (non apportées).

SUITES DE COUCHES :

(39°) le 3^{me} jour.

Apyrexie dans l'ensemble.

Hémorragie secondaire le 13^{me} jour dans la nuit : très
abondante, sang rouge.

TRAITEMENT : *immédiat*.

Anesthésie générale : KELLEN, Ether.

Exploration utérine : utérus relativement petit, admet-
tant le médius.

Aucun débris cotylédonnaires.

Injection intra-utérine Iodo-Iodurée.

Pituitrine.

Traitement général de l'anémie.

Cessation générale de l'hémorragie.

SUITES D'HEMORRAGIE : assez simples.

Le 18^{me} jour, brusque ascension thermique : 40° avec
pouls petit et rapide.

Aucune explication du côté des seins.

Plus rien dès le lendemain.

GUERISON.

OBSERVATION III

ANNEE 1929 — N° 1919.

Madame F... : 40 ans.

PARITÉ : 4 gestations.

1 accouchement spontané à terme.

1 avortement à 2 mois.

1 accouchement spontané à terme.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Albumine : disque.

Grossesse assez bien supportée.

ACCOUCHEMENT :

Terme dépassé depuis 20 jours, d'après la date des règles.

Accouchement normal.

Présentation : sommet O. I. G. A.

DELIVRANCE : normale.

ANNEXES FŒTALES :

Placenta et membranes complètes.

Décollement amnio-chorial complet.

SUITES DE COUCHES :

Apyrexie jusqu'au 5^{me} jour :

Fébrile (39°5 et 40°) du 5^{me} au 9^{me} jour.

Hémorragie secondaire au 9^{me} jour (à 9 heures).

Nouvelles hémorragies secondaires dans l'après-midi.

400 gr. environ : des caillots.

TRAITEMENT :

Aucune intervention intra-utérine.

SUITES D'HEMORRAGIE : simples.

Chute thermique brusque le lendemain de l'hémorragie.

Apyrexie définitive.

GUERISON.

OBSERVATION IV

ANNEE 1928 — N° 162.

Madame Marthe C... : 48 ans, entrée le 2 février 1929.

PARITÉ : I pare.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Rien à signaler.

Grossesse bien supportée.

ACCOUCHEMENT :

Spontané à terme.

Présentation : sommet O. I. G. A.

DELIVRANCE : simple.

Perte sanguine : 600 gr.

Ascension utérine normale ; pas de résistance anormale pendant les mouvements d'extraction simple du placenta.

ANNEXES FŒTALES : paraissent normales.

Tendance immédiate à perdre avec utérus mou.

Suintement sanglant persistant.

Ergotine : 1 c³.

Quelques instants après la contraction utérine réapparaît.

Arrêt de l'hémorragie.

SUITES DE COUCHES :

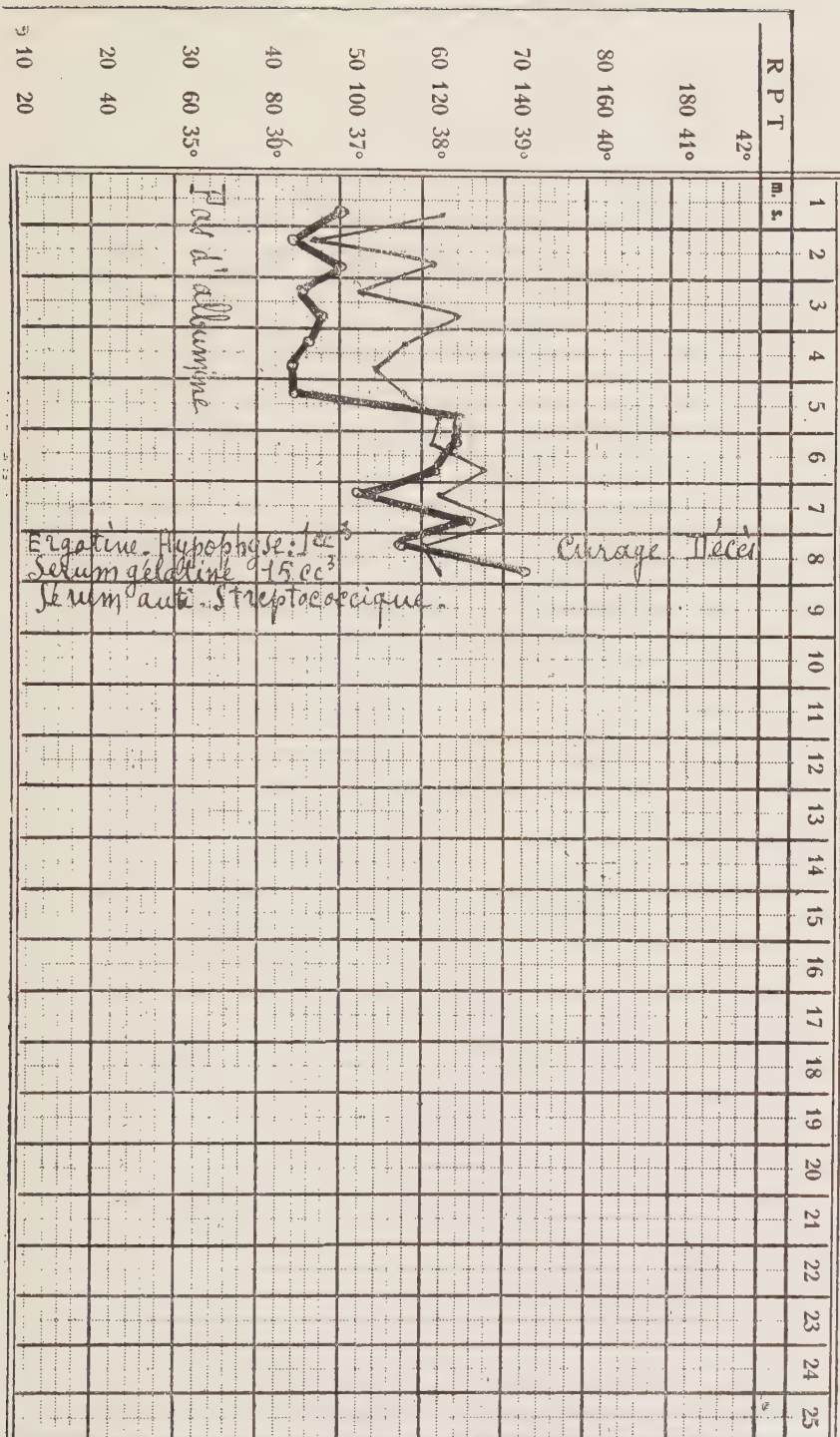
a) immédiates : Faciès pâles et état de choc.

b) tardives : le 6^{me} jour : lochies fétides.

injections vaginales chaudes.

Abcès à la cuisse gauche.

OBSERVATION IV



Elévation thermique.

Hémorragie secondaire *abondante* le 8^m jour.

Signes d'anémie intense.

Pouls petit.

TRAITEMENT : *immédiat*.

Curage sous anesthésie (importants débris placentaires).

Malgré un traitement intense (tonique et hémostatique) la malade ne peut surmonter le choc. Morte à 19 heures.

AUTOPSIE :

Pas de lésion viscérale expliquant la mort.

Caillots dans l'oreillette droite.

OBSERVATION V

ANNEE 1928 — N° 848.

Madame T... : 22 ans.

PARITÉ : I geste.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Rien à signaler.

Grossesse bien supportée.

A suivi les consultations à la clinique.

ACCOUCHEMENT :

Spontané à 8 mois 1/2.

Rupture prématurée des membranes, 8 h. 30 avant le début du travail.

DELIVRANCE : simple.

ANNEXES FŒTALES : paraissent normales.

SUITES DE COUCHES :

Apyrexie les 5 premiers jours.

Le 6^{me} jour, crochet thermique : 40°.

Quinine : 1 gr.

Le 6^{me} jour, dans la nuit : hémorragie secondaire.

TRAITEMENT : pas d'intervention immédiate.

Injections vaginales chaudes.

Pas de résultat et l'écoulement continue toute la nuit et le lendemain.

Le 7^{me} jour, dans la soirée, *exploration utérine*.

Pas de rétention.

Injection Iodée-Iodurée à 48°.

Glace sur le ventre pendant 3 jours.

Cessation définitive de l'hémorragie.

SUITES D'HEMORRAGIE : simples.

Apyrexie et GUERISON.

OBSERVATION VI

ANNEE 1928 — N° 1124.

Madame Berthe W... : 22 ans.

PARITÉ : II pare.

1 accouchement spontané à terme : enfant vivant.

ANTECEDENTS IMMEDIATS DE GROSSESSE :

Rien à signaler.

ACCOUCHEMENT : normal.

Présentation : sommet O. I. G. A.

DELIVRANCE : simple.

ANNEXES FŒTALES : paraissent complètes.

SUITES DE COUCHES :

Subfébriles jusqu'au 8^me jour avec pouls normal.

Le 8^e jour au soir, ascension thermique brusque : 40°.

Hémorragie secondaire moyenne le même jour.

TRAITEMENT : intervention immédiate.

Exploration utérine.

On ne trouve rien de suspect dans les caillots à l'examen microscopique.

SUITES D'HEMORRAGIE :

Chute thermique le lendemain.

Infection légère : oscillations faibles pendant les 5 jours consécutifs.

Apyrexie et GUERISON.

OBSERVATION VII

ANNEE 1928 — N° 1168.

Madame Régina D... : 19 ans.

PARITÉ : II geste.

1 accouchement spontané à terme.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Saignements de nez fréquents.

Vomissements bilieux répétés.

Douleurs lombaires.

ACCOUCHEMENT : normal.

Présentation : sommet O. I. G. A.

DELIVRANCE : simple.

ANNEXES FOETALES : paraissent complètes.

SUITES DE COUCHES :

Apyrexie jusqu'au 9^{me} jour.

Le 9^{me} jour lever pour le départ.

Hémorragie secondaire légère (5 minutes) ce même jour.

Cessation rapide et ventre peu douloureux.

TRAITEMENT : intervention immédiate.

Exploration utérine : col entr'ouvert, utérus gros et corne utérine gauche douloureux.

SUITES D'HEMORRAGIE :

Apyrexie et GUERISON.

OBSERVATION VIII

ANNEE 1928 — N° 1639.

Madame L... : 27 ans, entrée le 10 octobre.

PARITÉ : II geste.

1 fausse couche de 5 mois.

ANTECEDENTS IMMEDIATS DE GROSSESSE :

Vomissements alimentaires les 3 premiers mois.

Traitement à l'Acétylarsan (20 injections dans le tissu cellulaire sous-cutané abdominal).

ACCOUCHEMENT :

Spontané à terme.

Présentation : sommet O. I. D. A.

Hémorragie au début du travail.

DELIVRANCE :

Hémorragie de la période de repos physiologique.

Perte sanguine : 800 gr. pesés.

ANNEXES FOETALES :

Placenta douteux, déchiqueté sur un bord.

Intervention : exploration utérine : quelques débris placentaires et insertion latérale du placenta.

Les membranes paraissent complètes.

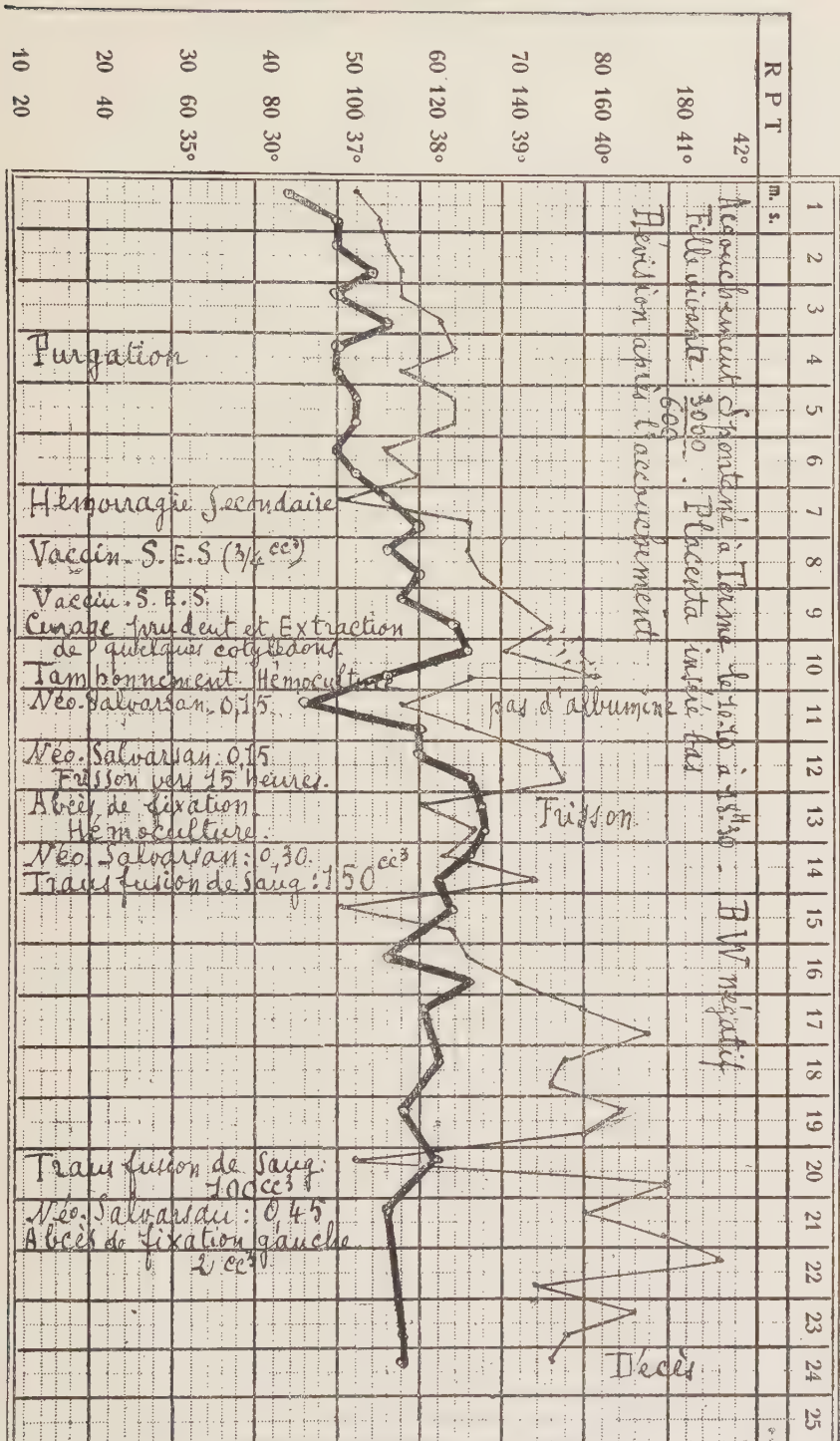
SUITES DE COUCHES :

Subfébriles jusqu'au 8^{me} jour.

Hémorragie secondaire le 8^{me} jour, abondante et n'a cédée qu'au bout de 2 heures à des injections vaginales chaudes.

Toni-Cardiaques et Ergotine.

OBSERVATION VIII



Ascension thermique progressive vers 40° en 2 jours malgré un traitement intense et des injections quotidiennes de vaccin ($3/4$ cc³).

Intervention le 10^{me} jour : curage prudent ; extraction cotylédonnaire.

Tamponnement.

Néo-Salvarsan : 0 gr. 15.

SUITES D'HEMORRAGIE :

Le 12^{me} jour : { Néo-Salvarson 0 gr. 15.
 { Frisson vers 15 heures.
 { Hémoculture.

Le 13^{me} jour : { Abscès de fixation.
 { Hémoculture.

Température à grandes oscillations.

Pouls à 120°.

Infection très grave.

Résultat de l'hémoculture : nombreux Streptocoques :
Septicémie.

Le 14^{me} jour : transfusion de sang, 150 c³.

Le 20^{me} jour : transfusion de sang, 200 c³.

Nouvel abcès de fixation.

Morte de septicémie le 24.

OBSERVATION IX

ANNEE 1929 — N° 312 — Entrée le 16 février.

PARITÉ : I geste.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Diarrhée pendant la gestation.

A suivi les consultations à la clinique de la Charité.

Grossesse assez bien supportée dans l'ensemble.

Accouchement normal.

Présentation : sommet O. I. G. A.

DELIVRANCE : rien à signaler.

ANNEXES FCETALES : paraissent complètes.

SUITES DE COUCHES :

Apyrexie pendant 10 jours.

La malade quitte le 10^{me} jour en signant la décharge habituelle.

Hémorragie secondaire moyenne le 18^{me} jour.

TRAITEMENT :

Citrate de soude intra-veineux.

Ergotine { 2 gr. en potion.
 { 2 gr. en injection hypodermique

Cessation de l'hémorragie.

Reprise le 19 : légère.

Post-Hypophyse jusqu'au 40^{me} jour.

Cessation définitive.

Evolution générale subfébrile.

Apyrexie vers le 40^{me} jour.

GUERISON.

OBSERVATION X

ANNEE 1929 — N° 377.

Madame G... : 26 ans, entrée le 28 février.

PARITÉ : II geste.

1 accouchement spontané à 8 mois 1/2 normal.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Grossesse bien supportée.

ACCOUCHEMENT :

Prématuré à 5 mois 1/2.

Présentation du siège.

Liquide amniotique : abondant et rosé.

DELIVRANCE : normale.

ANNEXES FOETALES : paraissent complètes.

SUITES DE COUCHES :

Fébriles immédiates : température progressivement ascendante.

Signes locaux : gros utérus, mou en subinvolution, col entr'ouvert.

Petite hémorragie secondaire le 27 mars, arrêtée par ergotine et glace.

Hémorragie secondaire très abondante le 28 mars, vers 3 heures.

Intervention immédiate : révision utérine.

Masses placentaires très adhérentes et dures.

Ablation au doigt de masses du volume d'une noix.

Après cette ablation, constatation d'une perforation laissant passer la pulpe de l'index sur la paroi postérieure de la corne gauche.

Mèche.

Hystérectomie immédiate à l'Hôtel-Dieu (Docteur Wertheimer).

A L'INTERVENTION : anses agglomérées adhérentes à la paroi et à l'utérus.

Petits abcès enkystés. Infiltration des ligaments larges.

Hystérectomie subtotale, mèche vaginale et péritonisation.

Drainage abdominal par mèche et drain.

Etat général post-opératoire satisfaisant.

GUERISON le 2 mai.

OBSERVATION XI

ANNEE 1929 — N° 637.

Madame G... Gabrielle : 23 ans, entrée le 14 avril.

PARITÉ : II geste.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Grossesse très bien supportée.

ACCOUCHEMENT :

Spontané à terme.

Présentation : sommet O. I. G. A.

DELIVRANCE :

Hémorragie primitive : 1.140 gr. pesés.

Constituée surtout par des caillots expulsés après la délivrance.

Compression pubio-manuelle de quelques minutes après lesquelles l'utérus se contracte normalement.

ANNEXES FCETALES : paraissent complètes.

SUITES DE COUCHES :

Apyrexie complète.

Hémorragie secondaire légère le 10^{me} jour au soir.

Cessation spontanée.

GUERISON.

OBSERVATION XII

ANNEE 1929 — N° 766.

Madame M... : 20 ans, entrée le 4 mai.

PARITÉ : II pare.

1 accouchement spontané à terme.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Grossesse bien supportée.

ACCOUCHEMENT : normal.

Spontané à terme.

Présentation : sommet O. I. G. A.

DELIVRANCE : rien à signaler.

ANNEXES FŒTALES : paraissent complètes.

SUITES DE COUCHES :

Apyrexie complète.

Hémorragie secondaire légère le 3^{me} jour, avec douleurs lombaires.

TRAITEMENT :

Injections vaginales chaudes et tout rentre dans l'ordre.

Sortie sur sa demande le 10^{me} jour.

GUERISON.

OBSERVATION XIII

ANNEE 1929 — N° 837.

Madame L... Maria : 22 ans, entrée le 17 mai.

PARITÉ : I geste.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Grossesse très bien supportée.

Accouchement spontané à terme.

Présentation : sommet O. I. D. P.

DELIVRANCE : simple.

ANNEXES FCETALES : paraissent complètes.

SUITES DE COUCHES :

Apyrexie jusqu'au 5^me jour.

Le 5^me jour, crochet thermique.

Hémorragie secondaire le 5^me jour, sans cause appa-
rente.

Traitement Médical.

GUERISON.

OBSERVATION XIV

ANNEE 1929 — N° 947.

Madame B... Irène : 29 ans, entrée le 5 juin.

PARITÉ : II geste.

1 avortement à 4 mois.

ANTECEDENTS DE GROSSESSE ACTUELLE :

Grossesse bien supportée.

ACCOUCHEMENT :

Spontanée à terme.

Présentation : sommet O. I. D. P.

Déchirure périnéale : suture (2 points).

DELIVRANCE : simple.

ANNEXES FŒTALES : paraissent complètes.

SUITES DE COUCHES :

Apyrexie complète.

Hémorragie secondaire très légère le 15, se répétant lorsque la malade se lève et pendant quelques jours sans température ni phénomènes généraux.

TRAITEMENT :

Injectons chaudes.

Ergot de seigle.

Expression utérine.

L'involution utérine est terminée le 20.

Apyrexie complète.

Les pertes sanguines ont disparu.

GUERISON.

DEUXIÈME PARTIE

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

CHAPITRE PREMIER

ETANT DONNÉ UN GRAND SERVICE DE MATERNITÉS, QUELLE EST LA PROPORTION DES HÉMORRAGIES SECONDAIRES DU POST-PARTUM PAR RAPPORT A LA TOTALITÉ DES ACCOUCHEMENTS ?

Il semble, d'après une étude quantitative portant sur un assez grand nombre d'années, qu'il existe des périodes correspondant à une recrudescence des cas et à une gravité plus grande.

L'étude des observations portant sur les années 1927, 1928 et 1929, à la Maternité de la Charité, nous montre les proportions suivantes :

3 cas sur 2.263 accouchements pour l'année 1927 et 3 guérisons ;

5 cas sur 2.080 accouchements pour l'année 1928 et 2 morts ;

6 cas sur 1.480 accouchements pour l'année 1929, jusqu'au mois d'août, avec 6 guérisons.

En somme, 14 cas sur 5.824 accouchements, c'est-à-dire approximativement une proportion de 3 cas pour 1.000.

CHAPITRE II

Y A-T-IL DES FACTEURS ÉTIOLOGIQUES BIEN DÉTERMINÉS QUI SEMBLANT JOUER UN RÔLE VIS-A-VIS DE LEUR PRODUCTION ?

1° Il ne semble pas que la Parité joue un rôle quelconque dans la genèse des hémorragies secondaires. Les observations nous montrent, en effet, sur 14 accouchées, 5 primipares, 8 secondipares et une multipare. Etant donné le petit nombre de cas que nous présentons, il est difficile de tirer des conclusions étiologiques ; nous nous contenterons de noter *une majorité de primipares* ;

2° On ne note rien de suspect en général dans les antécédents pathologiques récents, puisque sur 14 cas on en trouve 10 absolument négatifs avec grossesse très bien supportée, les 4 autres étant surtout des incidents de grossesse avec apyrexie précédant l'accouchement et ne paraissant pas de nature à favoriser ou provoquer dans les suites de couches l'éclosion d'une infection utérine avec hémorragie secondaire ;

3° L'âge, de même que la parité, ne semble pas jouer un rôle important ; cependant, ce sont plutôt des femmes jeunes qui ont présenté des accidents dans nos observations, ce qui découle d'ailleurs de la remarque faite à propos de la faible parité.

En résumé : les hémorragies secondaires que nous avons observées se sont produites chaque fois chez des femmes à faible parité, le plus souvent jeunes, et qui avaient en majorité présenté une grossesse absolument normale. Dans presque tous les cas, ces femmes étaient entrées à la Maternité en *apyrexie complète*.

CHAPITRE III

LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT OU DE LA DÉLIVRANCE PEUT-IL ÊTRE INCRIMINÉ ?

1° Le mécanisme de l'accouchement ne semble pas agir comme cause favorisante dans la production des hémorragies secondaires. En effet, nous avons seulement noté 4 cas d'accouchements compliqués :

- 2 cas de rupture prématurée des membranes ;
- 1 cas d'hémorragie du début du travail ;
- 1 cas d'accouchement prématuré à 5 mois 1/2.

Toutes les autres observations sont celles d'accouchements normaux, de sommet en majorité ;

2° Il n'en est pas de même du mécanisme de la délivrance et il est certain que c'est là, la plupart du temps, que l'on trouve la cause de l'hémorragie secondaire. Si l'on veut bien se reporter au tableau d'ensemble des hémorragies secondaires du Post-Partum, on voit que l'hémorragie est liée souvent (4 cas) à la présence dans l'utérus de débris placentaires (placenta ou membranes) qui ont échappés à l'examen habituel du placenta et des membranes.

La proportion des hémorragies par rétention (4 cas pour 14 opérations) paraît faible au premier abord, mais il est bien certain que ce taux est inférieur à la réalité parce que des débris peu importants ont pu passer inaperçus au milieu des caillots.

Comme le dit NOGUÈRE dans sa thèse : « Il existe quel-

ques cas d'hémorragies du Post-Partum après des suites de couches en tout point normales et aucune indication ne vient éclaircir le problème diagnostic. Remarquant que les pertes de sang cessèrent complètement et aussi brusquement qu'elles étaient apparues, ne pourrait-on pas supposer plus simplement dans ces cas que les hémorragies furent sous la dépendance d'un débris placentaire dont l'expulsion spontanée au milieu des caillots est passée inaperçue ? Il aurait fallu, pour découvrir ce débris, petit, enrobé de fibrine, examiner les caillots un à un ».

Nous pensons, nous aussi, que cette hypothèse est très vraisemblable et nous retrouvons dans nos observations un certain nombre de cas qui semblent la justifier.

Ce sont ces cas d'hémorragies secondaires avec suites de couches normales ou légèrement fébriles, où l'on observe une cessation spontanée de l'hémorragie avec guérison rapide.

Nous sommes persuadés que l'examen microscopique, le plus souvent insuffisant (la phrase « on retire quelques débris peu caractéristiques » se retrouve dans beaucoup d'observations) devrait être accompagné d'un examen histologique qui donnerait souvent des renseignements précis sur la cause de l'hémorragie et, de ce fait, la plupart du temps une rétention placentaire serait décelée.

Quoiqu'il en soit, un fait surtout est intéressant à noter, c'est le peu de valeur que l'on doit accorder à la so-disante intégrité des annexes fœtales.

Il est curieux, en effet, de noter que pour tous les cas d'hémorragies secondaires liées à une rétention cotylédonnaire certaine, les observations mentionnent : « les annexes fœtales paraissent normales ».

Si l'on en croit les ouvrages classiques : « lorsqu'il vous sera possible de réunir exactement les bords d'une déchirure de cotylédon, vous pourrez être tranquille ».

Rien de plus inexact, car bien souvent si les bords peuvent se réunir il est impossible de se rendre compte de la perte de substance qui peut siéger en-dessous.

Nous pensons, au contraire, qu'il est très difficile d'affirmer qu'un délivre est complet.

D'ailleurs, étant donné le grand nombre des accouchements qui se produisent dans les services hospitaliers, il est fatal qu'un certain nombre de cas d'anomalies du délivre passent inaperçus. C'est le cas de toutes les choses faites en série.

D'autre part, l'examen du délivre n'est-il pas fait dans certains cas douteux avec une sorte d'indulgence explicable par la crainte d'une intervention intra-utérine réputée dangereuse ?

On ne saurait cependant trop insister sur ce point : les risques vis-à-vis d'une *révision utérine*, à ce moment-là, sont nuls ou minimes et la cavité utérine immédiatement après la sortie du délivré est une « *plaie fraîche* » qui saigne et par conséquent se défend facilement contre les germes infectieux que l'on pourrait transporter à son niveau par une intervention.

Il n'en est pas moins vrai que, d'une façon générale, l'abstention reste supérieure à l'intervention.

C'est pourquoi il est indispensable d'insister encore sur l'examen clinique du délivre.

A ce sujet, il faut bien savoir également que l'absence du ou des cotylédons accessoires est encore plus difficile à diagnostiquer.

Ce n'est qu'en examinant très soigneusement les membranes par transparence qu'on pourra découvrir les vaisseaux qui en dépendent et qui sont interrompus en un point des membranes.

D'ailleurs, l'abondance de la perte sanguine correspondant à la période de la délivrance doit faire soupçonner une rétention et augmenter en quelque sorte la méfiance de l'accoucheur envers les annexes fœtales.

En résumé : pas d'indulgence vis-à-vis du placenta et des membranes, et si on ne trouve aucune solution de continuité au niveau du gâteau placentaire, penser néanmoins à dépister les cotylédons accessoires.

CHAPITRE IV

QUELLE EST L'ALLURE CLINIQUE DE CES HÉMORRAGIES ET PEUT-ON INDIVIDUALISER DES TYPES DIFFÉRENTS DE DIAGNOSTIC NET ?

L'examen des observations nous montre qu'on peut individualiser deux types d'hémorragies secondaires du Post-Partum :

a) *Les hémorragies secondaires liées à une rétention placentaire reconnue ;*

b) *Les hémorragies secondaires sans rétention placentaire.*

1° HÉMORRAGIES SECONDAIRES LIÉES A UNE RÉTENTION PLACENTAIRE RECONNUE :

Elles sont classiques et leur étude clinique a été fort bien mise au point dans la thèse de NOGUÈRES (Paris 1924).

Ce qui les caractérise c'est leur gravité de beaucoup plus grande que celle d'une autre nature.

a) *Avant l'hémorragie :*

On note toujours un mouvement fébrile avec élévation plus ou moins importante du pouls.

Les signes locaux, eux aussi, existent toujours :

Soit que l'on ait affaire à des lochies fétiles,

Soit que l'on trouve un utérus gros, mou, douloureux en subinvolution,

Soit aussi que ces deux ordres de signes se trouvent réunis.

b) L'hémorragie est, en général, très abondante, mais non toujours, et on ne peut tabler sur cela pour affirmer qu'elle est due à une rétention.

L'horaire est également très variable et celles que nous avons observées se sont produites du 6^{me} au 29^{me} jour ; par conséquent, là encore on ne peut tirer aucun renseignement.

Quoiqu'il en soit, le plus souvent on assiste à une hémorragie de sang rouge mêlé de caillots, qui éclate brusquement au milieu de tous les signes habituels :

Pâleur,
Décoloration des muqueuses,
Accélération du pouls,
Etat lipothymique.

Si l'hémorragie est très abondante, on peut assister à une véritable syncope avec signes d'anémie aiguë.

Mais le plus souvent on est maître de l'hémorragie avant que la scène n'en arrive à ce point.

La palpation vient confirmer ce que l'on avait constaté avant l'hémorragie.

Le toucher montre le vagin rempli de caillots avec un col utérin plus ou moins dilaté, quelquefois *béant*.

Il est rare qu'il n'admette au moins l'index.

Chaque fois que l'expulsion spontanée est amorcée, on peut sentir le cotylédon incriminé au niveau du col. Il est plus rare de le trouver engagé dans le canal cervical ou cervico-segmentaire.

Mais souvent aussi le doigt ne sent rien au niveau du col, bien que l'utérus continue à saigner ; ce n'est que par

un toucher intra-utérin que l'on peut atteindre le débris placentaire adhérent à la paroi utérine.

c) Evolution.

Il est rare que l'hémorragie soit assez importante par elle-même pour entraîner la mort : nous en présentons cependant un cas.

En général, l'hémorragie s'arrête, la malade se remonte et l'on a le temps de discuter de la conduite à tenir jusqu'à l'apparition d'une nouvelle hémorragie.

Quant à la gravité des suites d'hémorragie, aucun facteur certain ne nous permet de la faire présumer. Tout ce qu'on peut dire : c'est qu'une hémorragie grave va mettre l'accouchée en état de moindre résistance, de même que des signes d'infection grave ayant précédé l'hémorragie seront en faveur d'une évolution ultérieure vers une Septicémie.

2° HÉMORRAGIES SANS RÉTENTION PLACENTAIRE RECONNUE.

Ce sont de beaucoup les plus intéressantes parce que moins étudiées que les autres.

Ce qui frappe surtout dans leur étude c'est l'impossibilité où l'on se trouve de différencier :

Celles qui sont dues à l'infection,

Celles qui sont dues, comme nous le faisons remarquer plus haut, à la rétention de débris petits qui auraient passé inaperçus au milieu des caillots.

Nous pourrions classer ainsi les dix observations que nous apportons :

Celles où il a été procédé à une exploration utérine,

Celles où aucune intervention utérine n'a été pratiquée.

a) Hémorragies secondaires suivies d'une exploration utérine.

Les quatre cas que nous présentons nous montrent :

Une période d'apyrexie complète pré-hémorragique ;

Une hémorragie d'abondance variable ;

La guérison dans tous les cas, avec une seule fois (Observation VI) des signes d'infection légère du côté de l'utérus.

b) Hémorragies secondaires sans exploration utérine.

Ont été suivies de guérison dans tous les cas. Une seule fois (Observation III) on a noté des phénomènes généraux avant l'hémorragie.

En définitive : En présence d'une hémorragie secondaire survenant plus ou moins tardivement chez une accouchée, quelle que soit l'allure clinique de la période pré-hémorragique, une première constatation semble s'imposer : il faut faire une toucher intra-utérin pour établir s'il s'agit oui ou non d'une rétention.

Ainsi on éliminera les hémorragies liées à une rétention placentaire.

Si l'exploration utérine est négative, comment établir s'il s'agit d'une hémorragie d'origine infectieuse ou d'une hémorragie liée à une rétention minime méconnue ?

Aucun élément sûr ne peut nous apporter une certitude.

Dans ces cas-là l'observateur très souvent est dans l'impossibilité de dire si oui ou non il y a rétention ; aussi voit-on dans les observations : « on retire des caillots et des débris dont il est difficile de fixer la nature ».

L'observation microscopique fait défaut et cependant elle serait nécessaire pour affirmer la nature de cette hémorragie. Un examen de laboratoire systématique serait intéressant, mais à un point de vue purement spéculatif ; il nous permettrait, en effet, de mettre en lumière un certain nombre de cas d'hémorragies liées à de l'infection utérine plus ou moins grave, dans lesquels l'infection provoque une plaque d'escharre gangreneuse d'étendue variable qui saigne en se détachant.

Nous ne pensons pas, en tout cas, que la solution de ce problème étiologique puisse influencer en quoi que ce soit sur la décision thérapeutique. D'ailleurs, nous ne possédons pas actuellement de données suffisantes pour résoudre le triple problème : étiologique, pathogénique et anatomopathologique.

Le but de cet exposé, nous le répétons, est de discuter des observations cliniques.

En résumé : Lorsque une accouchée présente une hémorragie secondaire, c'est le toucher intra-utérin qui, seul, permettra de faire le diagnostic de rétention ou non rétention.

En cas de non rétention macroscopiquement appréciable, il est pratiquement impossible, en dehors de l'examen microscopique systématique des caillots et débris douteux provenant de l'utérus, de diagnostiquer la nature exacte de cette hémorragie.

CHAPITRE V

QUELLES SONT LES DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES A TIRER DE CHAQUE CAS ?

Analysons tout d'abord, en nous reportant au tableau d'ensemble des observations présentées, les moyens employés et les résultats obtenus :

1° *Pas d'exploration utérine.*

C'est l'expectative armée, complétée par les petits moyens.

Tous les cas (Observations I, III, IX, XI, XII, XIII, XIV) se sont terminés par une guérison rapide.

La cessation de l'hémorragie a été hâtée par toute une série de moyens médicamenteux dont le but est de provoquer la contraction utérine qui amène non seulement l'arrêt de l'hémorragie mais aussi parfois l'expulsion spontanée de débris plus ou moins importants en rétention (Observation I).

Ces moyens consistent le plus souvent en :

Injection vaginale chaude,

Ergotine,

Quinine,

Hypophyse.

Ces cas ont été suffisamment bénins pour que le problème de l'intervention ne soit pas posé de façon impérative.

2° *Exploration intra-utérine sans curage.*

Ce traitement a été appliqué aux cas où l'on a rien trouvé dans l'utérus (Observations II, IV, VI et VII).

La guérison s'est produite rapidement dans tous les cas et par conséquent il ne semble pas que l'exploration intra-utérine « diagnostic » est amenée la moindre complication.

3° *Curage digital.*

Il a été pratiqué trois fois sur 14 Observations avec comme résultat deux cas de mort (Observations IV et VIII) et un cas d'hystérectomie (Observation X) suivi de guérison ; en somme, deux morts sur trois curages

Le premier cas de mort est consécutif à une hémorragie secondaire très abondante : c'est une mort par anémie et choc.

Le deuxième cas, au contraire, s'est terminé par une septicémie.

4° *Hystérectomie.*

Nous possédons un seul cas d'hystérectomie immédiate à la suite d'ailleurs d'un curage digital avec perforation, qui s'est terminée par la guérison de la malade.

— Nous n'avons pas la prétention, étant donné le petit nombre d'observations que nous présentons, de tirer des indications thérapeutiques précises de l'ensemble de celles-ci.

Nous nous contenterons de faire quelques remarques d'ordre général qui viennent, en quelque sorte, confirmer les opinions émises dans la thèse de DIGONNET : « *Nous versions au début en cours quelques observations* ».

Une première constatation s'impose : l'expectative simple avec traitement médical paraît une méthode dangereuse, car on s'expose à laisser passer inaperçu une réten-

tion placentaire dont la première manifestation est une hémorragie, mais qui, par la suite, peut devenir la source d'une infection très grave pouvant entraîner la mort.

C'est pourquoi il nous paraît indiquer dans tous les cas de procéder à une exploration utérine immédiate, sous la réserve cependant qu'elle soit extrêmement prudente.

Si l'on ne trouve rien dans l'utérus, elle servira tout au moins à affirmer la valeur du traitement médical. Mais là où la difficulté commence, c'est au sujet des indications respectives du curage ou de l'hystérectomie en présence d'une rétention.

Autrement dit : étant donné une accouchée qui a présenté des suites de couches progressivement graves, avec hémorragie secondaire plus ou moins tardive, et où l'exploration utérine immédiate montre des débris placentaires importants, doit-on pratiquer un curage digital ou bien tenter une hystérectomie précoce ?

Que va-t-il se passer dans les deux cas ?

Le curage digital, si l'on en croit les classiques, est suivi assez souvent de guérison dans les hémorragies par rétention.

Les chances de succès paraissent d'autant plus grandes que l'intervention est plus précoce, mais aussi on assiste quelquefois à une recrudescence formidable de l'infection qui, de locale, devient générale : c'est une septicémie de pronostic fatal.

Nous reportant à nos observations, nous constatons le résultat suivant : trois curages, deux morts, une hystérectomie précoce suivant le curage, avec guérison. En somme, très mauvais résultat.

L'hystérectomie, si l'on envisage le résultat vital, est une intervention qui ne compte de succès qu'autant qu'elle est plus précoce. Mais à ce moment-là le chirurgien est toujours en droit de se demander si cette amputation est nécessaire et si dans ce cas le curage ne va pas se terminer par la guérison ?

Aucun élément certain ne permet de trancher le doute.

Ne convient-il pas, en présence d'une rétention, de tenter un curage très prudent qui enlèvera tout ce qui se détache presque spontanément en laissant en place les débris très adhérents ou simplement adhérents puisqu'on doit souvent sculpter dans la paroi utérine pour les enlever, et que ce faisant on s'expose soit à une perforation, soit le plus souvent à une septicémie ?

En tout cas, nous ne sommes guère encouragés par le résultat et nous pensons que le curage doit céder le pas à l'hystérectomie.

Comme l'a dit M. le Professeur COUVELAIRE « le curage qui s'accompagne de grattage et de malaxation utérine pratiqué sur une région d'insertion placentaire au contact de veines trombosées, devient une intervention qui ouvre toute grande les portes à l'infection jusque-là locale et cela en milieu même légèrement infecté ; dans ces conditions, le curage risque au moins autant que le curettage de généraliser l'infection, car il opère une véritable inoculation directe ».

Quoi qu'il en soit, si l'on a tenté un curage, il faudra établir une surveillance très serrée de la malade ; si dans les 24 heures qui suivent l'intervention, il se produit :

Soit une augmentation notable des phénomènes généraux s'ils existaient avant l'hémorragie.

Soit l'apparition de phénomènes généraux persistants avec frissons prolongés, alors qu'on se trouvait uniquement en présence de signes locaux.

On est en droit de tenter l'hystérectomie précoce, car à ce moment-là elle peut encore donner de bons résultats.

Si l'on attend au contraire plus longtemps, on risque d'opérer une « septicémie » et dans ce cas les nombreuses observations classiques montrent que les résultats sont désastreux.

Nous avons omis à dessein de parler du curetage : c'est une opération dangereuse parce que la curette est un instrument aveugle qui présente le maximum de chances de perforation utérine et qui ne peut qu'amener l'opérateur à laisser des débris.

CONCLUSIONS

I. — Quatorze cas d'hémorragies secondaires tardives du Post-Partum ont été observées à la Maternité de la Charité en deux ans et demi. (5.824 accouchements.)

II. — Sept cas ont été traités par l'Expectative et le Traitement Médical : ils ont tous été suivis de guérison. (Observations I, III, IX, XI, XII, XIII, XIV.)

III. — L'exploration Utérine simple, fut pratiquée sept fois. Dans *quatre* cas elle permit de constater qu'il n'y avait aucun débris placentaire. Ces quatre cas furent suivis de guérison. (Observations II, V, VI, VII.)

Trois fois l'Exploration Utérine révéla des débris placentaires qui furent enlevés par curage.

Deux de ces malades moururent de choc ou d'infection. (Observations IV et VIII.)

La troisième guérit après hystérectomie, pratiquée immédiatement après le Curage qui avait entraîné une Perforation Utérine. (Observation X).

Vu :
LE DOYEN,
LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 14 Novembre 1929.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND.

TABLEAU D'ENSEMBLE

ANNÉE	N° d'Observation	AGE	PARITÉ	ANTÉCÉDENTS de Grossesse Actuelle	ACCOUCHEMENT	DÉLIVRANCE	SUITES DE COUCHES	TRAITEMENT	SUITES D'HÉMORRAGIE	RÉSULTATS	
Année 1927 (2.263 Accouchés)	560	I	19 ans	I. <i>Pare</i>	Albumine = disque Bacilliose Pulmonaire non évolutive à l'entrée Grossesse assez bien supportée	Acc ^t Sp. à 8 mois $\frac{1}{2}$ Pr. (S.) O. I. G. A.	Normale Annexes fœtales : paraissent normales	Subfébriles jusqu'au 6 ^e jour H. S. : légère au 6 ^e jour Signes locaux	Quinine	Subfébriles dans l'ensemble Cessation définitive de l'H. S. Expulsion de lambeaux choriaux	Guérison
	1199	II	23 ans	II. <i>Pare</i>	Grossesse bien supportée	Acc ^t Sp. à Terme hors du Service	Normale Annexes fœtales : paraissent normales	Apyrexie dans l'ensemble H. S. le 13 ^e jour : <i>Très abondante</i> sang rouge	Révision Utérine Immédiate Sous Anesth. générale Aucun débris Placent. S. Iodo-Iodurée — Pituitrine	Cessation de l'H. S. I. (40°) le 18 ^e jour	Guérison
	1917	III	40 ans	IV. <i>Geste</i> I. Acc ^t Sp. à Terme I. Acc ^t à 2 mois I. Acc ^t Sp. à Terme	Albumine = disque Grossesse assez bien supportée	Terme dépassé Normal Pr. (S.) O. I. G. A.	Normale Annexes fœtales : paraissant complètes Décolle ^t Amnio. Chorial complet	Apyrexie jusqu'au 5 ^e jour Fébrile du 5 ^e au 9 ^e jour H. S. au 9 ^e jour = Caillots (400 gr.)	Pas de Révision Utérine	Apyrexie	Guérison
Année 1928 (2.080 Accouchements)	162	IV	18 ans	I. <i>Pare</i>	Grossesse bien supportée	Sp. à Terme Pr. (S.) O. I. G. A.	Simple : perte sanguine = 600 gr. Annexes fœtales : rien à signaler Tendance à perdre : Ergotine 1 c ^s Arrêt de l'Hémorragie	Immédiates : Etat de choc Tardive : Fébriles et lochies fétides H. S. <i>Abondante</i> (sang rouge) le 8 ^e jour Signes d'Anémie Intense	Révision Utérine immédiate Important débris Plac. Curage	Choc	Mort
	848	V	22 ans	I. <i>Geste</i>	Grossesse bien supportée	Sp. à Terme Rupture. P. des M.	Normale Les Annexes fœtales paraissent complètes	Apyrexie des 5 premiers jours I. (40°) le 6 ^e jour H. S. le 6 ^e jour	Pas de Vérification immédiate Vérification le 7 ^e jour Aucun débris S. Iodo-Iodurée à 48°. Glace s. le v. ntre	Cessation de l'H. S. Apyrexie	Guérison
	1124	VI	22 ans	II. <i>Pare</i>	Grossesse bien supportée	Sp. à Terme Pr. (S.) O. I. G. A.	Normale	Subfébriles jusqu'au 6 ^e jour avec pouls normal. I. (40°) le 8 ^e jour H. S. moyenne le 8 ^e jour	Révision Utérine Immédiate Aucun débris. Plac.	Chute thermique Infection légère — puis Apyrexie	Guérison
	1168	VII	19 ans	II. <i>Geste</i>	Grossesse mal tolérée	Sp. à Terme Pr. (S.) O. I. G. A.	Normale	Apyrexie jusqu'au 9 ^e jour H. S. légère le 9 ^e	Vérification Immédiate Pas de débris. Plac.	Apyrexie	Guérison
	1639	VIII	27 ans	II. <i>Geste</i>	Grossesse et Acétylarsan	Sp. à Terme Pr. (S.) O. I. D. A. H. au début du travail	Hémorr. de la période de repos. P. Révision utérine	Subfébriles jusqu'au 8 ^e jour H. S. le 8 ^e jour : <i>abondante</i> et durée 2 heures	Vérification tardive : 10 ^e jour <i>Curage</i> : Cotylédons.	Septicémie	Mort
Année 1929 (1.481 accouchements)	312	IX	22 ans	I. <i>Geste</i>	Grossesse assez bien supportée	Sp. à Terme Pr. (S.) O. I. G. A.	Normale	Apyrexie pendant 10 jours H. S. moyenne le 18 ^e	Pas de Révision Utérine { Ergotine { Hypophyse	Subfébrile jusque vers le 40 ^e jour	Guérison
	377	X	26 ans	II. <i>Geste</i>	Grossesse bien supportée	Prémat. à 5 mois $\frac{1}{2}$ Siège	Normale	Fébriles immédiates H. S. petites le 28 ^e jour H. S. très abondante (sang rouge) le 29 ^e jour	Révision Utérine Immédiate masses placent. très adhérentes Perforation et Hystérectomie immédiate	Etat général Post-Opératoire satisfaisant	Guérison
	637	XI	23 ans	II. <i>Geste</i>	Grossesse très bien supportée	Sp. à Terme Pr. (S.) O. I. G. A.	Hémorragie Primitive = 1140 gr. pesés = Caillots	Apyrexie complète H. S. légère le 10 ^e jour Cessation spontanée	Pas de Vérification	Apyrexie	Guérison
	766	XII	20 ans	II. <i>Pare</i>	Grossesse bien supportée	Sp. à Terme Pr. (S.) O. I. G. A.	Normale	Apyrexie complète H. S. légère le 3 ^e jour	Pas de Révision Utérine	Apyrexie	Guérison
	837	XIII	22 ans	I. <i>Geste</i>	Grossesse bien supportée	Sp. à Terme Pr. (S.) O. I. D. P.	Normale	Apyrexie jnsqu'au 5 ^e jour H. S. le 6 ^e : légère Cessation spontanée	Pas de Révision Utérine	Apyrexie	Guérison
	947	XIV	29 ans	II. <i>Geste</i>	Grossesse bien supportée	Sp. à Terme Pr. (S.) O. I. D. P.	Normale	Apyrexie complète H. S. légère le 15 ^e jour	Pas de Révision { Ergot. de Seigle { Expression Utérine	Apyrexie complète vers le 20 ^e jour	Guérison

BIBLIOGRAPHIE

- PELAPRAT. — *Les hémorragies puerpérales secondaires.* (Thèse, Paris, 1882).
- GEISER. — *Causes, suites et traitement des rétentions placentaires dans les suites de couches.* (Thèse, Berne, 1910).
- VERMELIN. — *La rétention cotylédonaire post-partum.* (Revue Médicale de l'Est, 1921, p. 184).
- CAPPON. — *De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme.* (Thèse, Paris, 1905).
- RIBEMONT-DESSAIGNES. — *De la délivrance par traction et expression.* (Thèse d'agrégation, Paris, 1883).
- BONAMY. — *De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.* (Thèse, Paris, 1899).
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'Obstétrique.*
- P. BAR, A. BRINDEAU, J. CHAMBRELENT. — *La Pratique de l'art des accouchements.*
- MARMASSE. — *Le curettage dans les accidents des suites de couches.* (Thèse, Paris, 1895).
- JULES BRUNEAU. — *Curettage de l'utérus dans l'infection puerpérale.* (Thèse, Paris, 1894).
- WINTREBERT. — *L'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.* (Thèse, Paris, 1895).
- LÉVY-SOLAL, SIMARD et LELOUP. — *Traitement de l'infection puerpérale par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon.* (Société de Biologie, février 1924, p. 483).
- COUVELAIRE, LÉVY-SOLAL et SIMARD. — *Antisepsie utérine par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon dans l'infection puerpérale.* (Bul. de la Soc. d'Obs. et de Gyn., Paris, avril 1924, p. 232).
- BRINDEAU. — *Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, 19 avril 1926.

- CAPPON. — *De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme.* (Thèse, Paris, 1905).
- CAZEAUX. — *Hémorragies toxiques pendant et après l'accouchement.* (Thèse, Paris, 1835).
- CORNELUS, CHRISTEANU. — (Bucarest). *Hystérectomie et infection puerpérale aiguë.* (Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale, 1904, p. 640).
- COUVELAIRE. — *Forme métrorragique de l'infection puerpérale.* (Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 8 mars 1926).
- DELAFARGUE. — *Des hémorragies utérines après l'accouchement.* (Thèse, Paris, 1854).
- DEMELIN. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie,* avril 1906.
- LEVY-SOLAL et J. RAVINA. — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris,* 19 avril 1926.
- KUSTER. — *Les hémorragies tardives des suites de couches.* (Zeitschrift f. Geb. und Gyn. t. LXVII, 1910, p. 430).
- METZGER. — *Le streptocoque hémolytique dans l'infection puerpérale.* (Presse médicale, 15 avril 1911).
- NOGUÈRES. — *Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du Post-Partum liées à une rétention placentaire.* (Thèse, Paris, 1924).
- TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements,* t. IV, p. 120.
- H. VIGNES et LEROUX. — *Hémorragies secondaires du post-partum.* (Annales d'anatomie pathologique, mai 1927).
- DIGONNET. — *Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du Post-Partum.*
- VORON et BAUSSILLON. — *Un cas d'hémorragie du Post-Partum. Traitement médical et guérison.* (In Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 3 janvier 1929).
- EPARVIER. — *Hémorragie par rétention placentaire un mois après un accouchement à terme. Perforation utérine au cours de l'exploration digitale.* (In Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 6 mai 1929).

VORON et MOULINIER. — *Au sujet d'une observation d'hémorragie tardive du Post-Partum rapportée antérieurement à la Société.* (In Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 3 décembre 1929).

VORON et PIGEAU. — *Hémorragies graves des suites de couches. Traitement médical. Guérison.* (In Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 4 février 1929).

VORON. — *Discussion sur les hémorragies graves du Post-Partum.* (In Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 4 mars 1929).

TRILLAT et EPARVIER. — *Trois cas d'hémorragies secondaires graves du Post-Partum* (In Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, 5 mai 1928).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Définition.....	11
Historique.....	13
Plan Général.....	17

PREMIÈRE PARTIE

<i>Observations</i>	19
Tableau d'ensemble (voir après les Conclusions, p. 55)	

DEUXIÈME PARTIE

<i>Chapitre I.</i> — Statistique des Hémorragies secondaires par rapport à la totalité des Accouchements à la Maternité du D ^r Trillat.....	39
<i>Chapitre II.</i> — Y a-t-il des facteurs étiologiques bien déterminés qui semblent jouer un rôle vis-à-vis de leur production?.....	40
<i>Chapitre III.</i> — Le mécanisme de l'accouchement ou de la délivrance peut-il être incriminé?.....	41
<i>Chapitre IV.</i> — Quelle est l'allure clinique de ces hémorragies et peut-on individualiser des types différents de diagnostic net?.....	45
<i>Chapitre V.</i> — Quelles sont les déductions thérapeutiques à tirer de chaque cas?.....	50
Conclusions.....	55
Bibliographie.....	57
Table des matières.....	61

GRENOBLE, IMP. NOUVELLE
7, Rue Aristide-Bergès, 7

